

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 183

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE L'ÉRYTHÈME

ET DU

PURPURA HÉMORRHAGIQUE

DANS LE

RHUMATISME AIGU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 5 NOVEMBRE 1883, A 3 HEURES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Alexandre ANTONOFF

de Bolgrad (Bessarabie).

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

5. Rue du Crosne, 5

—
1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0041

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 182

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE L'ÉRYTHÈME

ET DU

PURPURA HÉMORRHAGIQUE

DANS LE

RHUMATISME AIGU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 5 NOVEMBRE 1883, A 3 HEURES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Alexandre ANTONOFF

de Bolgrad (Bessarabie).

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

5. Rue du Crosne, 5

—
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES, ✱ professeur.	
Thérapeutique	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARI- SOT, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie générale, descriptive et topographique.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N..., professeur.	
Clinique externe.....	M. N..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M. SCHLAGDENHAUFFEN.
SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERGOTT.

MM. GARNIER.
WEISS.
SCHMITT.

MM. BARABAN.
ROHMER.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. BERNHEIM, président ; MM. HECHT, DEMANGE PÈRE, SCHMITT.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

HOMMAGE RESPECTUEUX

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MON AMI LE DOCTEUR P. SIMON

EXCELLENT SOUVENIR

A MESSIEURS LES MEMBRES

DU CONSEIL MÉDICAL DE SOPHIA (BULGARIE)

A TOUS MES AMIS

AVANT-PROPOS

Assurément, la nature du rhumatisme considéré comme entité morbide est encore peu connue ; mais cette condition est commune à tous les processus pathologiques examinés au même point de vue absolument particulier et restreint, que nous nous sommes proposé d'étudier dans ce court travail.

Durant le cours de nos études médicales, faites à la Faculté de Bucharest et ensuite à la Faculté de Nancy, nous avons eu l'occasion de remarquer plusieurs cas de rhumatisme poly-articulaire aigu accompagnés d'éruptions cutanées diverses, surtout d'érythème et de purpura hémorrhagique. Et ces éruptions, pour ne pas se rattacher toujours à la même variété de dermatoses, n'en constituaient pas moins, à notre avis, une manifestation de la même maladie générale. Nous avons cru devoir rechercher les rapports qui pouvaient exister entre ces éruptions et l'affection fébrile à laquelle elles paraissaient ressortir.

D'autre part, ayant remarqué que les auteurs n'avaient pas encore accordé à cette question toute l'attention que les recherches cliniques actuelles permettent de lui donner, nous avons réuni quelques observations à l'appui de notre thèse, et nous les soumettons avec elle à la bienveillante appréciation de nos juges.

Nous diviserons en quatre chapitres ce modeste travail,

à la tête desquels nous placerons deux observations inédites prises à la clinique de M. le professeur Bernheim, et deux autres faits empruntés à la *Revue de Médecine* et ayant trait à la même question.

Dans le premier chapitre, nous essaierons de donner à grands traits l'histoire de la question, nous contenant de faire remonter nos recherches à la fin du siècle dernier, à cette époque où on commença à grouper d'une façon rationnelle les diverses espèces morbides qui, de nos jours, constituent le genre rhumatisme.

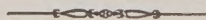
Dans le second chapitre, nous exposerons l'étiologie et la pathologie de l'érythème et du purpura hémorrhagique dans le rhumatisme, telles qu'elles ont été données par les auteurs. Nous nous permettrons, en outre, d'ajouter une considération, qui nous est personnelle, aux théories déjà connues à ce sujet.

L'anatomie pathologique fera l'objet du troisième chapitre.

Le quatrième sera consacré à la symptomatologie et à la partie clinique de la question.

Enfin, dans un court alinéa terminal, nous résumerons les conclusions auxquelles nous aurons abouti.

C'est sur les conseils de M. le professeur Bernheim, que nous avons entrepris ce travail. Nous sommes heureux de cette occasion, qui s'offre à nous, de lui exprimer publiquement notre profonde reconnaissance. Non-seulement il a bien voulu nous guider dans cette étude; mais ce que nous ne saurions oublier, c'est la bienveillance qu'il nous a témoignée dans le cours de nos études. Nous l'en remercions du plus profond de notre cœur.



OBSERVATION I

Le nommé Mougeot François, âgé de 21 ans, garçon de café, entre le 15 avril 1883 à l'Hôpital St-Charles.

Ce malade, de tempérament très lymphatique, n'ayant jamais eu ni blennorrhagie ni aucune maladie antérieure, avait été pris depuis 4 jours de douleurs dans le genou gauche et dans les bras ; le genou droit se prit à son tour, et le malade fut obligé de suspendre son travail.

A la visite, on constate une douleur vers l'empreinte deltoïdienne gauche et au poignet de même côté, une sensibilité assez vive au-dessus de la malléole interne gauche.

La pointe du cœur bat à son siège habituel ; à l'auscultation, on perçoit un souffle doux présystolique. Le murmure respiratoire est normal en avant et en arrière.

Le malade présente sur le tronc et les cuisses une éruption érythémateuse de plaques arrondies, légèrement saillantes, confluentes par places, ailleurs isolées ; ces taches ont un diamètre variable, elles ne sont nullement prurigineuses ; elles présentent une coloration jaune sale, un peu feuille morte, et sont limitées par une auréole rouge, d'une largeur d'un à deux millimètres.

Temp. s. 40°, P. 126, R. 54.

Diagnostic : Rhumatisme articulaire aigu. Endocardite rhumatismale. Erythème polymorphe généralisé. — (Prescription : salicylate de soude 6 gram., en potion.)

16 Avr. T.	m. $\frac{39}{39.2}$	P. $\frac{108}{116}$	R. $\frac{36}{40}$
------------	----------------------	----------------------	--------------------

17 Avr. T.	m. $\frac{37.4}{39.8}$	P. $\frac{94}{100}$	R. $\frac{28}{36}$
------------	------------------------	---------------------	--------------------

Le malade ne se plaint plus que d'une légère douleur dans le coude droit ; à la pointe du cœur, on perçoit un petit bruit musical isochrone à la systole.

L'examen du thorax ne révèle rien d'anormal.

18 Avr. T.	m. $\frac{37.4}{39.8}$	P. $\frac{140}{146}$
------------	------------------------	----------------------

19 Avr. Le malade n'accuse plus aucune douleur articulaire ; l'érythème a notablement pâli.

20 Avr. T. $\frac{m. 38.5}{s. 39.2}$. Le malade se plaint de nouveau des douleurs dans le poignet droit.

21 Avr. T. $\frac{m. 39}{s. 39.5}$ P. $\frac{96}{84}$ R. $\frac{32}{32}$. Les douleurs ont disparu. — Du 24 au 26 avril, le malade va mieux ; il ne se plaint plus d'aucune douleur ; la température est normale, les éruptions tendent à disparaître.

27 Avr. T. $\frac{m. 37.5}{s. 39.2}$. Le malade présente quelques légères douleurs dans le bras gauche ; il tousse et crache un peu ; sonorité normale à droite, dans les fosses sous et sus-épineuses ; matité à partir de l'angle de l'omoplate jusqu'à la base ; respiration très rude au sommet droit ; expiration légèrement soufflée au niveau de l'angle de l'omoplate, respiration obscure et râles sous-crépitaux à la base ; à gauche, sonorité normale dans les fosses sous et sus-épineuses et au-dessous de l'angle de l'omoplate, submatité dans les trois derniers espaces, respiration rude au sommet gauche, respiration nette au-dessous. — Congestion pulmonaire à la base droite. — Vésicatoire en arrière du côté droit.

28 et 29 Avr. T. $\frac{m. 39.4}{s. 38.6}$ P. $\frac{104}{100}$ R. $\frac{30}{36}$. Les plaques d'érythème ont presque disparu sur le tronc, et sur les membres ; il en existe quelques-unes, très rares, sur le dos. Salicylate de soude, 4 grammes.

Le malade a eu un point de côté, sous le mamelon gauche ; la sonorité du thorax est partout normale ; la respiration est nette en avant et en arrière ; à la base gauche, râles sous-crépitaux ; respiration rude au-dessus. — A droite, respiration rugueuse dans les fosses sus et sous-épineuses, respiration soufflée à l'angle de l'omoplate, râles sous-crépitaux fins à la base.

Les plaques d'érythème ont presque disparu ; sur le tronc et sur les membres, il en reste encore quelques-unes. Le salicylate est continué.

Le 30 Avr. T. $\frac{m. 37.7}{s. 39.8}$ P. $\frac{92}{112}$ R. $\frac{32}{40}$. Le malade se plaint encore de son point de côté, surtout quand il tousse ; mêmes signes physiques, du côté du poumon. Les urines sont très peu abondantes (750 c. c., dens. 1,023, non albumineuses). L'état général est assez bon, le malade se nourrit un peu.

1^{er} Mai. T. $\frac{m. 37.7}{s. 39.7}$ P. $\frac{96}{106}$ R. $\frac{40}{46}$. Le malade se plaint, depuis la nuit, d'une douleur vive au-dessous de la tubérosité interne du tibia.

Il existe encore des plaques d'érythème très pâles sur le thorax, l'abdomen et les cuisses, et quelques ecchymoses bleuâtres au-dessous du mamelon.

Le malade est oppressé, il tousse et crache un peu, la respiration est très rude dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, râles sous-crépitaux au-dessous. A droite : respiration moins rude, au sommet ; quelques râles sous-crépitaux à la base. (Léger engouement des deux bases).

Le choc du cœur se perçoit au 6^e espace, et à un travers du doigt en dehors de la ligne mamillaire ; à la palpation, il existe un léger frémissement systolique ; à l'auscultation, frottements assez rudes ; le pouls est assez fréquent, peu ample, mais régulier (endopéricardite ?).

Les urines sont rouges, denses, peu abondantes (900 c. c., non albumineuses) ; le salicylate de soude est supprimé, le malade ne pouvant plus le supporter. — Sirop de morphine, 30 gr.

2 mai. T. $\frac{m. 38}{s. 40}$ P. $\frac{100}{112}$ R. $\frac{36}{40}$. Le malade se plaint de douleurs dans les deux genoux, vers les tubérosités du tibia ; il peut plier le genou droit, mais le gauche reste immobile ; il contient un peu de liquide ; il existe également une douleur très vive dans l'épaule droite.

3 mai. T. $\frac{m. 38}{s. 40}$ P. $\frac{104}{108}$ R. $\frac{32}{40}$. Le genou droit est tuméfié et douloureux ; à gauche, il existe une douleur au niveau de la rotule ; le coude du même côté est un peu sensible.

L'érythème est encore très apparent, mais il a changé d'aspect ; sur l'abdomen, ce sont des plaques, les unes à bords irréguliers, les autres circulaires, du diamètre d'une pièce de 2 fr. ; par places, ces plaques sont confluentes et forment de petits dessins irréguliers ; sur la cuisse, il existe de larges plaques, siégeant pour la plupart à la partie moyenne ; sur les bras, on voit quelques plaques, à bords irréguliers.

A droite : diminution de la sonorité, et râles sous-crépitaux à la base ; respiration soufflée à l'angle de l'omoplate, — rude au sommet ; à gauche : sonorité normale dans la fosse sus-épineuse, son moins ample dans la fosse sous-épineuse, sonorité tympanique jusqu'aux deux derniers espaces ; au-dessous submatité, respiration soufflée jusqu'à la base. Diagnostic : Congestion pulmonaire de deux bases prédominant à gauche, sans épanchement.

4 mai. T. $\frac{m. 39}{s. 40.5}$ P. $\frac{116}{116}$ R. $\frac{36}{44}$. Le malade éprouve une douleur au niveau de l'articulation acromio-claviculaire gauche ; les deux genoux

sont gonflés ; sensibilité assez marquée au niveau de l'articulation phalangienne de la main gauche. Urines 220 c. c., densité 1020.

5 mai. T. $\frac{m. 39^{\circ}2}{s. 39^{\circ}7}$ P. $\frac{104}{116}$ R. $\frac{36}{40}$. Légères douleurs dans le coude et

l'épaule gauche ; la tubérosité externe du tibia et le malléole externe gauche sont sensibles ; douleurs dans la hanche et le cou de pied gauche.

L'érythème marginé existe encore sur l'abdomen ; à la base de la poitrine, il n'y a plus que de petites papules, disparaissant à la pression ; à la partie supérieure des cuisses, on voit des taches pâles, circonscrites ; à la partie inférieure, quelques plaques du diamètre d'une pièce de 50 c. Matité à droite, au-dessous de l'angle de l'omoplate ; râles sous-crépitaux depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base ; à gauche, respiration nette dans toute la hauteur, sauf des ronchus et de sibillances.

Les battements du cœur sont tumultueux ; souffle léger au premier temps et à la pointe. Salicylate de soude, 4 gr. ; rhum, 20 grammes.

Le 6, 7 et 8 mai. Même état, les plaques d'érythème se désquament et disparaissent.

9 mai. T. $\frac{m. 37^{\circ}6}{s. 40^{\circ}}$ P. $\frac{108}{120}$ R. $\frac{28}{40}$. L'éruption a réapparu ; on constate

sur l'abdomen, sur le thorax et les faces antérieures des cuisses, des plaques rose pâle, entourées d'une auréole plus foncée du volume d'une pièce de 50 c., les unes isolées, les autres confluentes ; il existe également quelques taches d'érythème sur le bras.

Le malade est très amaigri ; il se plaint d'un point de côté gauche, et de douleurs dans l'articulation acromio-claviculaire gauche.

Souffle double systolique et diastolique, à la pointe, se propageant jusqu'à la base et dans les carotides.

Respiration rugeuse en avant, de deux côtés ; en arrière et à droite, matité et souffle nasonné, avec petits râles fins, depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base. A gauche, respiration très rude dans la fosse sous-épineuse ; expiration légèrement soufflée dans la fosse sous-épineuse ; sonorité faible et râles sous-crépitaux jusqu'à la base. (Nouvelles poussées d'endocardite et de congestion double). Vésicatoire volant, à la région précordiale.

Les 10, 11 et 12 mai. T. $\frac{m. 38^{\circ}}{s. 39^{\circ}8}$ P. $\frac{116}{128}$ R. $\frac{40}{40}$. Urines 600 c. c. Douleur et gonflement dans le genou gauche, n'empêchant pas la flexion ; douleurs vers la tubérosité interne du tibia.

L'érythème est de nouveau presque effacé. Même état du poumon.

Les 13, 14 et 15 mai. L'érythème a complètement disparu ; le malade se plaint toujours du genou et de l'épaule gauche ; il existe une sensibilité assez vive au niveau de l'articulation acromio-claviculaire gauche.

A droite, respiration rude au sommet, respiration soufflée à partir de l'angle de l'omoplate. A gauche, quelques petits râles disséminés.

Les 16 et 17. Les douleurs articulaires persistent. Le souffle de la base droite est moins marqué. A l'auscultation du cœur, souffle double à la pointe.

Les genoux sont un peu douloureux à la pression, surtout à la partie externe ; de même l'articulation acromio-claviculaire droite.

Du 18 au 22 mai. T. $\frac{m. 37^{\circ}}{s. 38.4}$ P. $\frac{116}{116}$ R. $\frac{22}{32}$. Submatité à droite depuis l'épine de l'omoplate, matité dans les trois derniers espaces ; respiration légèrement soufflée à la base, nette partout ailleurs. A gauche, submatité au-dessous de l'angle de l'omoplate ; respiration soufflée à la base.

Les articulations métacarpo-phalangiennes droites sont toujours tuméfiées et douloureuses, les mouvements du genou sont sensibles, la pression développe une douleur vive à la tubérosité interne du tibia. L'état général est le même. Sueurs nocturnes abondantes, cependant l'appétit est meilleur. Sulfate d'atropine, 1 milligr.

Du 23 au 26 mai. La température varie entre 38° et 40°. Les articulations métacarpo-phalangiennes et les genoux sont dégagés, pas de toux ni d'expectoration ; à gauche, respiration soufflée et râles sous-crépitaux à l'angle de l'omoplate ; à la base droite, râles sous-crépitaux fins.

Les 29, 30 et 31. T. $\frac{m. 37.4}{s. 38.4}$ P. $\frac{120}{144}$ R. $\frac{24}{36}$. Le malade va mieux, il n'a plus aucune douleur, se lève, a bon appétit ; cependant les sueurs persistent. Amidon et acide salicylique en topiques.

Du 1^{er} juin au 8. Le malade a eu quelques battements de cœur ; la température varie entre 38° et 39°5.

Souffle net au premier temps et à la base avec léger pialement.

Submatité à la base gauche, râles sous-crépitaux à droite, respiration rude à l'angle de l'omoplate.

8 juin. T. $\frac{m. 39^{\circ}}{s. 39.4}$ P. $\frac{112}{136}$ R. $\frac{46}{42}$. A la suite d'une indigestion, le malade a eu des nausées et des vomissements, il éprouve une certaine angoisse et une sensation de constriction. A la base du thorax, l'épigastre est très sensible ; les douleurs rhumatismales ont réapparu dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, derrière la malléole interne.

9 juin. T. $\frac{m. 38^{\circ}2}{s. 39^{\circ}2}$. Les crampes d'estomac ont cessé ; en revanche,

l'érythème a fait une nouvelle apparition ; dans la région des omoplates, on voit un grand nombre de taches circulaires, de 2 à 20 millimètres de diamètre, tantôt discrètes, tantôt confluentes ; l'éruption est très abondante également sur l'abdomen, et sur les cuisses, principalement à droite, vers le pli de l'aîne, enfin on trouve quelques plaques disséminées vers les aisselles et vers la crête iliaque.

10 et 11 juin. La température oscille entre $37^{\circ}8$ à $38^{\circ}3$ le matin, et 38° à $39^{\circ}6$ le soir.

12 et 13 juin. A peu près la même température. Le malade se plaint de nouveau de gastralgie et des nausées. L'éruption a presque disparu.

La pointe du cœur bat au sixième espace, à un travers de doigt en dehors du mamelon ; douleurs vives à la pression, dans la région précordiale, frottements péricardiques très distincts.

Urine, 400 c.c., dens. 1030, non albumineuses.

A l'examen du thorax, on constate un épanchement pleurétique droit, remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate. A gauche, il n'existe que des symptômes de congestion.

Les 14, 15 et 16 juin. La température reste toujours fébrile, les frottements péricardiques sont perceptibles à la main. Mêmes symptômes du côté du thorax, quelques plaques d'érythème ont réapparu sur le bras gauche.

Urines toujours rares, denses, non albumineuses, limpides.

Le malade se nourrit bien, mais les digestions sont difficiles. Vésicaire volant, à la région précordiale.

Du 17 au 21 juillet. L'état général du malade est à peu près stationnaire ; l'épanchement et les signes de péricardite sèche persistent ; le malade prend successivement, et sans résultat, de la digitale et de l'extrait de convallaria maialis. Puis il est soumis à un régime hypertonique.

Le 21 juillet. T. $\frac{m. 38^{\circ}}{s. 37^{\circ}}$ P. $\frac{140}{128}$ R. $\frac{42}{32}$ L'oppression persiste. Les urines sont toujours rares et denses. Léger œdème des membres inférieurs. L'état du cœur s'est un peu amendé, le pouls est fréquent, petit et filiforme. L'épanchement a disparu ; râles sous-crépitaux très fins, à la base droite. A gauche, la respiration est nette.

Le malade demande à sortir de l'hôpital et rentre chez lui à la campagne.

En résumé : rhumatisme polyarticulaire aigu, compliqué d'érythème multiforme, de congestion pulmonaire, d'épanchement pleurétique et

endopéricardite ayant amené de suite une dégénérescence graisseuse du cœur, manifestée par la fréquence et la petitesse du pouls, par la diminution du chiffre et la densité considérable des urines.

Voilà donc un malade qui entre à l'hôpital, atteint de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endopéricardite et d'un érythème multiforme. Sept jours après son entrée, sous l'influence du salicylate de soude, les douleurs ont considérablement diminué, l'éruption a pâli, cependant la fièvre persiste au même degré. Le dix-huitième jour de la maladie, de légères douleurs se montrent de nouveau, en même temps le malade commence à tousser et à cracher, et des signes de congestion pulmonaire rhumatismale se montrent successivement aux deux bases. Ces symptômes persistent, avec quelques variations, pendant un mois environ.

Au commencement de mai, l'érythème, qui avait disparu, se montre de nouveau, en même temps qu'une deuxième poussée d'endocardite et de congestion pulmonaire droite, et de nouvelles douleurs articulaires. Quelques jours après, l'érythème a complètement disparu, les symptômes viscéraux paraissent s'amender ; le malade va mieux, il se lève et mange avec appétit. Mais, dans la première moitié du mois de juin, se manifestent d'autres phénomènes ; cette fois, c'est l'estomac qui est en jeu ; on observe des nausées, des vomissements, des crampes d'estomac. L'érythème reparaît, pour s'effacer presque aussitôt ; on constate des frottements rudes à la région précordiale (péricardite sèche), et enfin tous les signes d'un épanchement pleurétique droit. Le muscle cardiaque, à son tour épuisé et probablement altéré dans sa structure, ne suffit plus à sa tâche ; les urines sont rares, denses ; le

pouls petit, excessivement fréquent. Enfin, les signes d'épanchement disparaissent peu à peu ; et, au moment où le malade sort de l'hôpital, les douleurs ont cessé ; mais aucun médicament n'a réussi à surmonter la faiblesse du cœur et l'asystolie persiste.

OBSERVATION II

La nommée M..., âgée de 14 ans, sans maladie antérieure, entre à l'hôpital St-Charles le 26 mai 1883. L'affection actuelle a débuté le 20 mai, par une douleur dans les jambes et les genoux, et un point douloureux en dehors du mamelon droit. — En même temps, la malade perdit l'appétit, et fut prise de vomissements répétés, alimentaires d'abord, puis bilieux ; enfin, le lendemain apparut une éruption généralisée, qui persista jusqu'à son entrée.

Etat actuel. 27 mai. T. $\frac{s. 39.2}{m. 38.2}$ P. $\frac{131}{96}$.

On constate à la face antérieure des deux jambes, de chaque côté de la crête du tibia, des plaques rouges saillantes, circulaires, mal circonscrites, du volume d'une pièce de 50 c. à 1 fr., entourées d'une zone rosée plus pâle. Ces plaques sont indolentes par elles-mêmes ; elles sont sensibles à la pression. — Des papules identiques existent au niveau des genoux, et à la face postérieure de la cuisse droite ; d'autres papules existent au pli du coude gauche, et au niveau de la partie externe et inférieure du bras droit.

L'état général est bon ; la langue est un peu chargée.

Les 28 et 29 mai. T. $\frac{m. 38.}{s. 38.6}$ P. $\frac{108}{112}$. L'érythème a partout pâli ; quelques plaques ont pris une teinte ecchymotique ; quelques taches nouvelles ont apparu sur le bras gauche.

La malade n'a pas d'appétit ; elle vomit ses aliments.

Le 30 mai. La malade se plaint de douleurs dans le côté du cou ; on constate, à ce niveau, un peu d'engorgement ganglionnaire.

Le 31 mai. Quelques plaques nouvelles ont apparu sur les membres inférieurs.

Le 1^{er} juin. Les plaques s'effacent et prennent une teinte jaune violacée.

Le 5 juin. La malade sort de l'hôpital, et y rentre le 7 juillet. La température : $\frac{m. 36.8}{s. 37.6}$ P $\frac{88}{120}$ R $\frac{30}{40}$ La malade a continué à vomir, pendant son absence ; ses vomissements s'accompagnent de crampes épigastriques ; elle n'éprouve aucune douleur dans les membres, sinon un peu de lassitude ; depuis 5 à 6 jours, elle tousse et crache un peu ; — sonorité faible en avant, sous la clavicule droite ; respiration nette à ce niveau ; en arrière, sonorité normale des deux côtés, respiration un peu soufflée dans la fosse sus-épineuse droite.

Le 21 juillet. La malade va bien et ne vomit plus ; mais elle éprouve encore quelques nausées et des battements de cœur après les repas.

Ces deux observations, dont nous nous sommes inspiré pour la suite de ce travail, présentent plusieurs particularités que nous voulons mettre en relief.

Dans la première, le fait le plus saillant consiste dans l'existence d'un érythème multiforme généralisé, et non simplement borné au voisinage des articulations. Cette éruption, fugace comme les manifestations douloureuses du rhumatisme, est apparue et disparue à plusieurs reprises ; et chaque poussée du côté de la peau a paru coïncider avec les exacerbations de la fluxion articulaire. Au point de vue du pronostic, la marche de la maladie n'a pas été sensiblement influencée.

Outre ce rhumatisme cutané, l'évolution de la maladie a été singulièrement compliquée par des localisations viscérales, tant du côté du cœur, que du côté du poulmon et de l'estomac.

Du côté du cœur, nous avons observé des poussées d'endopéricardite et consécutivement une dégénérescence graisseuse du cœur, caractérisée par la faiblesse et la fréquence du pouls et des urines rares et denses.

Du côté de l'estomac, nous avons constaté de la gastralgie, des nausées et des vomissements. Enfin, du côté

du poumon, un épanchement pleural du côté droit, et à plusieurs reprises, des poussées de congestion pulmonaire, dont M. Bernheim et le docteur Moreau ont montré la fréquence et la mobilité dans le rhumatisme articulaire aigu.

La seconde observation est un exemple d'érythème noueux. Elle soulève la question délicate de la relation de cet érythème avec le rhumatisme. Nous croyons que ce fait peut contribuer à éclaircir la question. En effet, nous n'avons observé ici aucune douleur articulaire. Il existait, au début, seulement quelques douleurs vagues et une certaine lassitude, lesquelles peuvent s'observer dans toutes les fièvres éruptives. De plus, dans ce cas comme dans tous les faits d'érythème noueux observés jusqu'à présent, il n'y a eu aucune complication viscérale, ni du côté du cœur, ni du côté du poumon.

OBSERVATION III

Empruntée à la « Revue mensuelle de médecine et de chirurgie », année 1877, p. 872. Rhumatisme ; purpura hémorrhagique ; hémorrhagies viscérales ; urticaire ; guérison.

L'enfant Ch...., âgé de cinq ans, d'une excellente santé habituelle, a été pris subitement, le dimanche 8 avril 1877, de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, incoercibles. Je le vis le 9. L'enfant a vomi toute la nuit et vomit encore ; la peau est modérément chaude, le pouls fréquent ; douleurs vives dans l'abdomen, qui font crier le malade et qui ne sont soulagées que par les vomissements ; la langue est à peine saburrale.

En découvrant le petit malade, je le vois couvert de plaques d'érythème simple autour des genoux, des coudes, des malléoles.

En présence d'une invasion aussi subite de vomissements suivis de plaques érythémateuses, je songe à la possibilité d'un empoisonnement ;

mais l'enfant, surveillé avec soin par sa mère, qui est veuve, et par ses grands-parents, ne les a pas quittés un instant, et n'a mangé que des aliments simples et préparés dans des vases convenables.

Prescription : glace, limonade citrique glacée.

Le 10 : Les vomissements ont cessé, mais il est survenu des douleurs dans l'abdomen qui sont atroces, et le petit malade ne cesse de pousser des cris ; ces douleurs ne sont accompagnées d'aucune envie d'aller à la garde-robe ; les genoux et les coudes sont gonflés, et je constate la présence d'une double hydarthrose très volumineuse.

Lavement laudanisé, potion opiacée.

Le 11 : Le malade a rendu subitement une quantité assez grande de sang par les urines, sans aucune douleur ; il a paru soulagé. Les plaques érythémateuses ont disparu, mais la double hydarthrose a augmenté.

Poudre de Dower, à prendre de deux en deux heures.

Le 12 : Les paupières sont infiltrées et noires, comme, si l'enfant eût reçu un violent coup de poing ; ce sont de vastes ecchymoses, que la mère a vues se produire graduellement, sous ses yeux, comme si, dit-elle, on lui avait peint la peau avec de la couleur.

L'enfant va mieux, du reste, souffre moins, a dormi, sous l'influence de la poudre de Dower ; pas de céphalalgie, pas de diarrhée ; pouls à 100.

Les urines sont toujours sanglantes, émises sans douleurs. La langue est dépouillée et rouge, comme au troisième jour d'une scarlatine.

Le 13 : La nuit a été atroce, le malade n'a cessé de crier ; il éprouve des douleurs dans tous les membres, et spécialement le long du rachis ; il paraît, au premier abord, être en état de délire, tant l'agitation causée par la violence des douleurs est grande ; mais il répond nettement aux questions. — Le visage est bouffi. Les deux yeux sont envahis par une vaste ecchymose, qui tranche par sa couleur noire avec la peau blanche et fine des joues et du front.

Le même jour, la bouffissure gagne toute la face, mais sans l'ecchymose, qui reste limitée aux paupières ; les vomissements ont cessé, le malade se nourrit avec plaisir de bouillon glacé.

Le 14. Même état : insomnie, douleurs générales, urines à peine sanglantes.

Prescriptions : poudre de Dower et morphine : limonades froides, acides.

Le 15 : La nuit a été presque bonne ; urines claires ; l'ecchymose pal-

pébrale se résorbe; mais on trouve, pour la première fois, le corps couvert de purpura hémorrhagique confluent.

Le 16, nuit atroce; le malade a poussé des cris horribles toute la nuit; on ne peut le toucher sans qu'il accuse une vive douleur, surtout dans la continuité des membres; les urines sont claires; l'ecchymose palpébrale a disparu; le pouls est à peine à 100; la peau sans chaleur.

Le docteur Southey (de Saint-Barthol-Hospital) voit le malade avec moi, et soupçonnant une influence paludéenne, nous prescrivons la potion suivante :

Sulfate de quinine.....	0 gr. 50
Iodure de potassium	0 gr. 50
Acide chlorhydrique	2 gr.
Eau.....	250 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures. Le lendemain, le malade allait mieux, c'est-à-dire que les douleurs générales, qu'aucune préparation opiacée n'avait soulagées, cédaient comme par enchantement, ainsi que les douleurs abdominales.

Le 19, l'enfant a le visage subitement envahi par un vaste urticaire, avec œdème sous-cutané, de telle sorte que la face paraît monstrueuse; mais cet état ne dure que quelques heures, et constitue le dernier acte de cette singulière maladie.

A partir du 30, tous les symptômes aigus s'amendent, mais les taches de purpura ont duré jusqu'au 12 mai.

La convalescence a été très rapide et sans rechute. L'iodure de potassium et le quinine ont été continués jusqu'à la disparition complète du purpura.

La famille du malade habite la rue de Normandie, où l'on n'observe aucun cas de maladie paludéenne. Cependant la distance de la plaine de l'Eure, c'est-à-dire l'embouchure de la Seine, n'est pas considérable, et nous observons fréquemment au Havre des cas d'impaludisme.

OBSERVATION IV

(Extraite du même ouvrage que la précédente, p. 870).

M. Pest, âgé de 33 ans, d'une solide constitution; il jouit d'une santé généralement bonne. Le père et la mère sont bien portants, ainsi qu'un frère et une sœur. On ne peut noter, dans les antécédents du malade, qu'une prédisposition rhumatismale, qui s'est accusée par des douleurs vagues, mus-

culaires, apyrétiques. Depuis plus d'un an, le malade, sans en souffrir du reste, est sujet à une diarrhée, qui n'est due qu'à une mastication insuffisante et une trop courte durée des repas.

A la fin de janvier, après s'être beaucoup fatigué dans le classement trop rapide de 500 balles de coton, M. Pest est pris de douleurs très-vives dans la continuité des membres. Je le vois pour la première fois le 27 janvier. Il se plaint des douleurs qu'il dit être intolérables, dans les bras, dans les jambes, pas dans les jointures. En découvrant le malade pour m'assurer qu'il n'y a pas de liquide dans l'articulation du genou, je constate que la peau du genou, de la jambe, mais surtout des malléoles, est le siège de taches de purpura non confluent. Ces taches, le malade ne les avait pas aperçues. Il n'a jamais saigné du nez; il n'est pas hémorroïdaire; aucun exemple d'hémophilie dans la famille.

Le pouls est fréquent, 104; petit, la température est normale. Disons tout de suite, pour n'y pas revenir, que durant tout le temps de cette longue maladie, il n'a jamais existé d'hyperthermie.

Je fais le même jour analyser les urines, qui sont abondantes et claires; le résultat, important à noter, c'est qu'il n'y a ni albumine, ni traces de sang, ni aucun produit morbide.

Les viscères sont sains; la langue est nette; l'appétit médiocre, mais non perdu.

En somme, le malade n'est tourmenté que par un seul symptôme: les douleurs dans la continuité des membres, qui l'empêchent non-seulement de se mouvoir, mais de dormir.

Dans la première semaine qui suit l'invasion de la maladie, je ne note que la confluence du purpura, qui envahit la plus grande partie de la surface cutanée.

Plusieurs bains de vapeur donnés avec soin ne soulagent pas le malade, et paraissent au contraire favoriser la production du purpura.

Les gencives sont absolument saines. Le traitement consiste en bains de vapeur, limonades acides, nourriture substantielle, opium pour la nuit.

Le 10 février, on m'appelle en toute hâte, parce que le malade avait rendu une grande quantité de sang en allant à la garde-robe, environ 200 grammes.

Le malade est tourmenté d'empreintes violentes, suivies de l'excrétion de petites garde-robes sanglantes et albumineuses; bref, dès le premier jour de cette hémorrhagie si soudaine, j'eus affaire à tous les symptômes d'une dysenterie vulgaire. Jusqu'au 29, j'essayai différents remèdes; à

cette époque, le nitrate d'argent en pilules répétées toutes les heures, et les lavements d'eau albumineuse, triomphèrent enfin de la dysenterie; à ce moment, le purpura avait presque entièrement disparu. Je croyais le malade sauvé, quand de nouveaux accidents formidables remirent sa vie en question.

Le 25 février, il est pris d'une hématurie abondante et soudaine; la quantité de sang remplit la moitié du vase; à cette première hémorrhagie foudroyante succèdent des urines simplement sanglantes; puis le sang disparaît tout-à-fait. Mais alors l'urine contient une quantité considérable d'albumine. C'est bien la maladie de Bright qui s'établit. En effet, les paupières et les extrémités s'infiltrèrent. Le malade est mis de suite à l'usage du lait et du tannin. Au bout de peu de jours, le lait occasionne un dégoût insurmontable, et je suis obligé de le faire abandonner, le malade se refusant absolument d'en continuer l'usage.

Le professeur Potain, appelé en consultation, constate avec moi la présence d'une maladie de Bright, des deux gros reins; il retrouve les traces du purpura et conseille la seule chance de salut, le retour à une diète lactée, sévère et exclusive. Ce qui est fait, mais sans espoir, et sans amélioration dans les symptômes d'une décadence rapide; 40 jours après la consultation de M. Potain, la faiblesse était celle des agonisants. Nous tentons, le Dr Chauvel et moi, une transfusion de sang humain, sans obtenir autre chose que le relèvement du pouls pendant quelques heures. Pendant l'acte même de la transfusion, nous n'avons observé ni dyspnée, ni malaise; seulement un peu de dilatation des pupilles. Le malade succombe enfin, le 11 mai, après trois mois de maladie, dont les phases ont été très-nettes: rhumatisme concomitant avec le purpura, hémorrhagies viscérales: dysenterie, puis hématurie, et enfin maladie de Bright, qui a amené la mort. Remarquons que le purpura n'a jamais complètement cessé, qu'aucune des muqueuses de la bouche, du nez ou du pharynx n'a participé à la maladie.

HISTORIQUE

Hippocrate, que l'on retrouve si souvent en tête de l'historique médical, a décrit le mélicéris, comme jouant le rôle de crise dans les douleurs articulaires ; et en général, il admet très-bien les éruptions, à titre de symptômes fluxionnaires d'un état morbide général.

Dans un livre (1) attribué à Galien, il est fait mention de l'opinion qui regarde les exanthèmes et impétigines comme pouvant coïncider avec la goutte et le rhumatisme, et pouvant être influencés par eux.

Nous nous dispenserons de suivre cette opinion à travers l'histoire scientifique du moyen âge, et nous passerons tout de suite au dix-huitième siècle.

Musgrave, en 1715, a réuni sous le nom « d'arthritisme symptomatique » dix espèces diverses, dont le rhumatisme articulaire est la première, dont l'arthritisme de certaines maladies cutanées est la dernière. Pour cet auteur, les dix espèces qu'il décrit sont dix moyens qu'emploie l'économie pour expulser la matière arthritique.

En 1807, Terrion publia une observation de rhumatisme, dans laquelle furent consignés les faits suivants : à une certaine période de la maladie, les symptômes ar-

(1) *Adscripta introductio, seu medicus*, cap. 17.

ticulaires s'amendèrent, mais l'état général du malade ne s'améliora pas. La céphalalgie persistait intense, ainsi que la fièvre. Le traitement, institué à l'aide de sangsues et de saignées, était resté sans résultat appréciable, lorsque apparut sur les deux membres une rougeur érysipélateuse, s'étendant de la partie interne et moyenne de la cuisse jusque vers le milieu de la face interne de la jambe. A ce moment, il y eut chez le malade en question une recrudescence de fièvre, et une aggravation de l'état général, qui disparurent en quelques jours avec l'éruption.

Cruveilhaer, dans sa thèse (1812), et Chomel, dans la sienne (1813), n'ont pas omis de citer parfois des éruptions concomitantes au rhumatisme, sans toutefois leur attribuer d'autres rapports.

Villeneuve (1) cite l'ouvrage de Rayer sur *les maladies qu'il est dangereux de guérir*, dans lequel est rapportée l'observation d'un malade sujet à des rhumatismes alternant avec l'apparition d'une dartre farineuse.

Néanmoins, peu de médecins avaient déjà songé à rattacher à leur véritable cause les éruptions rhumatismales.

Villeneuve, à l'article *Peau* du Dictionnaire cité plus haut, dit : « La peau, dans le rhumatisme aigu, est ordinairement halitueuse. Broussais reconnaît, en outre, à la peau, un enduit gras, huileux, qu'il regarde, dans les maladies fébriles, comme le résultat de la sécrétion augmentée des follicules pilo-sébacés. »

Cependant, dans l'article *Rhumatisme* du même Dic-

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, 1820, art. Rhumatisme.

tionnaire, il mentionne qu'après une attaque de rhumatisme aigu, on a vu survenir, en différentes parties du corps, indistinctement, en quantité fort variable, et durer plus ou moins longtemps, des éruptions qui ont reçu le nom de gale, de dartre, de pourpre, de vésicule, etc.

Baillou pensait, de son côté, que le principe qui produit ces éruptions cutanées, est le même qui occasionne le rhumatisme des muscles et des articulations.

Au chapitre de la symptomatologie, nous rapportons une observation extraite du *Traité des maladies de la peau* de Rayer (1), et qui, sous la dénomination « d'éruption érythémateuse roséolée fugace », décrit une des premières efflorescences cutanées propres au rhumatisme articulaire aigu vrai.

M. Besnier (2), à propos de cette observation, fait remarquer que cette dénomination défectueuse « d'éruption roséolée » ne doit être entendue que sous le rapport de sa couleur ; mais elle correspond à l'une des formes les plus précises que l'on désigne aujourd'hui sous le nom d'érythème discoïde, marginé, centrifuge.

Chomel a fait remarquer que, dans certaines circonstances, les symptômes critiques qui se manifestent, ne font pas cesser la maladie, mais en diminuent seulement l'intensité. On voit, dit le même professeur, tantôt la maladie se terminer insensiblement, ainsi que le démontrent les VIII^e et X^e observations d'affections rhumatismales

(1) 1838.

(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales et chirurgicales*, art. Rhumatisme.

consignées dans l'ouvrage de M. Pinel (1), tantôt être jugée par une crise secondaire.

En 1835, M. Rayer a admis la nature rhumatismale d'un grand nombre d'affections de la peau et des exanthèmes en particulier; et bien qu'il n'ait pas fait de cette distinction la base de sa classification, il s'efforce cependant de la proclamer, admettant une sorte de *fièvre rhumatismale éruptive*, dont la manifestation cutanée peut prendre la forme des érythèmes papuleux et noueux, ou encore de la roséole, de l'urticaire, du pemphigus.

Le même auteur a publié des observations de rhumatisme aigu, accompagné d'érythème papuleux et noueux, dont la description se rapporte parfaitement aux exemples que nous avons dans nos observations.

D'autres auteurs ont décrit, à la même époque, un érythème noueux symptomatique de la diathèse rhumatismale.

On doit à M. Schönlein la description d'une maladie à laquelle il a donné le nom de *pélioïse rhumatismale*.

Alibert avait déjà décrit l'hémorrhagie interstitielle de la peau. On sait que ce célèbre dermatologiste rejetait le terme de purpura, que la tradition, suivant lui, avait appliqué à tort à la miliaire des nouvelles accouchées.

Mais deux éminents médecins français, contemporains de Schönlein, après une critique judicieuse et éclairée de l'ouvrage étranger, déclarèrent que cette pélioïse rhumatismale était une affection identique à celle qui avait déjà été décrite en France sous le nom d'érythème noueux

(1) *Médecine clinique*, Pinel.

rhumatismal. M. Bazin se rattache complètement à l'opinion de ces médecins (MM. Fr. Duriau et Max Legrand).

En 1841, Beau donne trois observations d'exanthème rhumatismal, et il indique les rapports de ces éruptions avec le rhumatisme.

Piorry, dans sa *Pathologie iatrique*, cite entre autres le zona comme affection cutanée dans le rhumatisme.

Beaumès, dans sa *Dermatographie*, signale l'influence du rhumatisme, et les rôles divers que peut jouer une éruption dans ses relations avec cette maladie.

En 1853, Cazenave, dans ses *Annales*, a cité nombre de faits de localisation arthritique. On lui doit des observations d'érythème papuleux, de pemphigus et autres éruptions alternant avec des flux divers. M. Chaussier a même admis la conversion des formes anatomiques l'une dans l'autre, et indique par là la prééminence de la nature sur la forme des éruptions.

En 1858, M. Legroux rapporte quatre observations d'éruptions rhumatismales, trois d'urticaire, et une d'érythème, qu'il fait dépendre de la même cause.

Un des malades, dont il a consigné l'observation, fut atteint, six jours après l'invasion de son attaque de rhumatisme aigu, de larges plaques d'urticaire sans démangeaisons (1).

Nous empruntons à l'ouvrage de M. Bazin les documents suivants : « William Bateman, Biet ont donné la « description de l'érythème noueux, dont ils ont quelque- « fois méconnu la nature. Ainsi, Bateman a confondu

(1) Legroux, *Faits cliniques relatifs au rhumatisme encéphalique, à l'érythème et à l'urticaire, considérés comme éruption rhumatismale*. Bulletin de la Société méd. des hôpitaux de Paris, t. IV.

« l'*erythema nodosum* avec une forme d'érythème induré, « que nous avons signalée dans la scrofule. »

Cet auteur dit qu'on observe l'érythème noueux sur les jambes, chez les jeunes blanchisseuses, ou chez les jeunes filles qui présentent les attributs de tempérament lymphatique.

Bouillaud a parfaitement saisi la relation qui existe entre l'érythème et le rhumatisme. Dans le traitement clinique du rhumatisme articulaire, il relate plusieurs observations de cette maladie, et fait ressortir la nature rhumatismale des éruptions qui ont été constatées dans plusieurs d'entre elles.

La thèse de Ferrand (1), qui a pour titre « les Exanthèmes du rhumatisme », publiée en 1862, se joint aux ouvrages précédents pour confirmer la nature rhumatismale de plusieurs formes d'éruptions cutanées.

Marès (Edmond) (2), dans sa thèse sur l'érythème noueux (1865), conclut en faisant de cet érythème une des manières dont peut se manifester une attaque de rhumatisme aigu.

Je ne dois pas oublier la thèse de Fernet (3). Nous y trouvons, en effet, des observations qui viennent encore confirmer notre opinion.

M. Blachez (4) a traité, dans un excellent article inséré dans le tome II de la *Gazette hebdomadaire de médecine* (1865), la question du purpura rhumatismal ; et sans être,

(1) Ferrand, thèse, *les Exanthèmes du rhumatisme*, 1862.

(2) Marès, thèse, *l'Erythème noueux*, 1865.

(3) Fernet, thèse, *du Rhumatisme aigu*, 1865.

(4) Blachez, *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1865. *Purpura rhumatismal*.

dans ses conclusions, aussi formel que l'on a le droit de l'être aujourd'hui, nous retrouvons dans l'article cité un sentiment favorable à l'idée que nous soutenons.

Sydney, dans les *Annales de dermatologie et de syphilis*, a traité des rapports pathogéniques de l'érythème noueux et du rhumatisme (1) ; et il a montré que les manifestations articulaires du rhumatisme pouvaient dans certains cas, être remplacées par des éruptions cutanées, dont la plus fréquente serait l'érythème noueux.

On peut encore citer l'article des *Archives générales de Médecine*, VI^e série, tome XXV, intitulé : « de l'Erythème papuleux dans ses rapports avec le rhumatisme. »

Tous ces divers travaux confirment plus ou moins l'opinion à laquelle nous nous sommes rattaché, et qui gagne chaque jour de nouveaux adhérents.

(1) Sydney, *Annales de dermatologie et de syphilis*, t. III, 1870.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie de l'érythème et du purpura rencontrés dans le rhumatisme, se confond avec celle du rhumatisme lui-même. Pour le purpura, par exemple, nous pouvons voir dans les lignes suivantes, extraites du Dictionnaire de M. Jaccoud (1), par combien de points il se rattache, au point de vue étiologique, au rhumatisme, lors même qu'il se montre seul et ne peut pas être considéré comme une complication rhumatismale.

« Le purpura simple peut se montrer à tous les âges ; il est cependant plus commun dans la jeunesse et la vieillesse ; chez les femmes, l'âge critique paraît être une circonstance prédisposante. La fatigue occasionnée par les marches forcées, par un travail trop pénible, a quelquefois déterminé la maladie ; mais le plus souvent, elle se manifeste par le fait d'une habitation humide, mal aérée et privée de soleil, ou chez des individus anémiques, affaiblis par un travail excessif habituel, par une alimentation insuffisante, par des excès, ou par des chagrins prolongés. J'ai déjà dit que le purpura aigu, dit exanthématique, avait été principalement observé chez les rhumatisants, soit pendant les attaques douloureuses, soit pendant leur intervalle. »

Au point de vue de la constitution individuelle, on peut rechercher l'étiologie de l'érythème et du purpura

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (Jaccoud),

rhumatismal dans une manière d'être particulière de cette constitution. Peut-être même, doit-on faire intervenir ici une question de diathèses multiples en puissance chez le même individu, et déterminant, par un fait curieux d'hybridité, ces manifestations à la fois articulaires et cutanées du rhumatisme. Une tendance herpétique, une prédisposition aux dermatoses, favorisent sans doute, chez un rhumatisant, les manifestations cutanées de la maladie.

Quoi qu'il en soit, la roséole rhumatismale, lorsqu'on la rencontre autour des articulations, s'explique très-naturellement, par l'état de congestion dont l'articulation est le siège.

Dans notre chapitre de symptomatologie, nous citons une observation de Rayer, où est décrite une éruption exanthémateuse sur le tronc, dans le cours d'un rhumatisme aigu. Le cas serait plus embarrassant, si l'on voulait à tout prix donner la pathogénie de cette éruption, et surtout la raison de cette localisation ; mais nous ferons simplement remarquer que cet exanthème corrobore notre opinion. Puisqu'on l'a admis comme une éruption rhumatismale, nous pouvons conclure que la congestion articulaire invite le rhumatisme cutané à se montrer autour des articulations, mais que, pour des raisons encore inconnues, il peut aussi affecter le tronc.

Nous faisons résider dans l'altération du sang, la cause principale du rhumatisme. On ne connaît qu'en partie cette altération. On a bien relevé les modifications chimiques qui l'accompagnent, mais on ne sait pas encore la nature du flux rhumatismal. Toujours est-il que l'accroissement invariable de la fibrine, dans une attaque de rhumatisme aigu, expliquent les coagulations qui peu-

vent se produire. Mais il ne faut pas, avec l'opinion ancienne, expliquer les hémorrhagies par la défibrination du sang ; auquel cas, on ne devrait jamais rencontrer de purpura hémorrhagique dans le rhumatisme. Malgré l'accroissement de la fibrine, le sang, au bout de peu de temps, devient diffluent, au moins dans sa partie séreuse. Si l'on fait intervenir maintenant la gêne circulatoire, résultant de la congestion articulaire, on concevra la pathogénie des papules érythémateuses, par le fait de la prédilection qu'auront les coagulations fibrineuses pour les points où la circulation sanguine est le plus ralentie. La même raison anatomo-physiologique s'applique à toutes les variétés d'érythème, qu'on peut rencontrer autour des articulations atteintes de rhumatisme. Quant au purpura, la cause en est complexe ; elle doit être rapportée à deux origines, dont la coïncidence explique sa pathogénie : l'altération du sang d'une part, celle des parois des vaisseaux de l'autre.

Aussi n'est-ce guère au commencement des maladies qu'on rencontre le purpura, mais plus ordinairement à une période où l'altération du sang et celle des parois des vaisseaux ont déjà pu se constituer.

Les recherches personnelles de M. Jaccoud lui ont permis d'établir que le sang fait et entretient les parois des capillaires, et que l'altération du sang qui accompagne les cachexies et les états généraux graves est une de celles qui suspendent le plus certainement le travail de réparation et d'entretien des capillaires. Mais est-ce à dire que toutes les hémorrhagies du rhumatisme cutané reconnaissent exclusivement la même cause ? en un mot, que l'altération du sang, qui complique un rhumatisme grave, doive être invoquée comme seule cause de l'hé-

morrhagie ? Nous ne croyons pas devoir être aussi exclusif. Nous croyons devoir faire intervenir une autre cause, dont l'action ne peut sans doute expliquer seule l'hémorrhagie, mais qui se joint à celle exposée précédemment pour la produire. En somme, pour nous, l'hémorrhagie cutanée rhumatismale a une pathogénie double ; d'une part, l'altération des vaisseaux, causée elle-même par l'altération du sang ; d'autre part, la cause que nous allons développer dans les lignes suivantes.

Et d'abord, nous nous aiderons d'une comparaison. Si nous admettons, avec M. Le Fort, que le phlegmon diffus est constitué, au point de vue anatomo-pathologique, par un exsudat fibrineux qui remplit les aréoles du tissu cellulaire sous-cutané, nous admettrons du même coup la compression des vaisseaux sanguins qui traversent les tissus où s'est formé l'exsudat. Mais, à la partie périphérique de la région envahie par l'épanchement fibrineux, les capillaires congestionnés cherchent à rétablir la circulation ; et c'est à cette cause, en même temps qu'à l'altération du sang, que nous attribuons les exsudats hémorrhagiques que l'on rencontre si souvent dans les éruptions cutanées rhumatismales. La surdistension des vaisseaux sanguins congestionnés s'ajoute à l'altération du liquide pour expliquer sa sortie et son épanchement au sein du tissu cellulaire.

Passons maintenant à l'érythème noueux, que beaucoup d'auteurs rangent parmi les manifestations cutanées du rhumatisme. Les nodosités de cet érythème sont généralement considérées comme un épanchement fibrineux, au sein des aréoles du tissu cellulaire sous-cutané. Les faibles proportions que nous avons données à ce travail ne nous ont pas permis d'approfondir, à l'aide du mi-

croscopie, la constitution anatomo-pathologique de l'érythème au point de vue purement histologique ; mais nous maintenons notre opinion sur sa constitution. Deux raisons nous font considérer cet érythème comme un exsudat fibrineux : la première, c'est que ces nodosités forment une tumeur rénitente, élastique, présentant à la palpation les mêmes caractères que l'exsudat fibrineux du phlegmon, mais souvent à un degré plus accentué. La première raison qui nous fait tenir cet exsudat pour inflammatoire, c'est la rapidité de sa genèse. Cette rapidité, en effet, ne permet pas de l'assimiler à une hyperplasie du tissu conjonctif ou à un néoplasme ; elle invite, au contraire, à la considérer comme un produit essentiellement inflammatoire, et qui n'a rien à voir avec les proliférations cellulaires des tumeurs définies.

Si nous admettons cette opinion sur la constitution exsudative de l'érythème noueux, et sans rechercher sa nature microbique, que l'avenir prouvera peut-être, nous admettrons de ce chef que la même cause qui explique la gêne circulatoire dans le phlegmon diffus, se retrouve ici toute-puissante. De même que dans le phlegmon, les vaisseaux du point envahi sont comprimés par l'exsudat ; et ce sont les capillaires voisins qui vont être le siège d'une circulation active, que la nature prévoyante établit pour remplacer l'action de celle qui n'est plus.

Mais devons-nous considérer cet érythème comme une complication de nature rhumatismale ? Nous ne le pensons pas. Notre deuxième observation nous montre un cas d'érythème noueux dégagé de toute éruption hybride, de toute manifestation articulaire et de toute complication viscérale. S'il est permis de tirer une conclusion

d'un seul fait isolé, nous nous rangeons à l'opinion de Trousseau, G. Sée, Vunderhich, Hébra, etc., qui voient dans cette affection l'analogie d'une fièvre éruptive.

La congestion et l'activité circulatoire, que nous donnons comme une des causes de la prédilection articulaire du purpura rhumatismal, nous sont démontrées par le thermomètre. M. Peter a démontré que la température locale, prise d'une part sur des points éloignés des éruptions érythémateuses et des plaques du purpura, et, d'autre part, sur les surfaces de la peau affectées par l'éruption, témoignent de la différence de l'activité circulatoire dont ces points sont le siège. Et cette différence est en faveur des points envahis par l'éruption, qui détermine à son niveau une élévation de température d'un à quelques dixièmes de degré.

En étudiant les conséquences qu'entraîne cette gêne circulatoire, nous verrons naturellement que cette congestion peut être poussée à un degré tel que les vaisseaux, lors même qu'ils ne seraient pas altérés anatomiquement, subiraient par le fait de l'excès de pression une altération mécanique ; altération particulière, que nous rangeons, au nombre des causes de l'hémorrhagie purpurique.

Quant à la présence du purpura disséminé sur des points éloignés de ceux qu'envahit de préférence la phlegmasie rhumatismale, nous ne pouvons l'expliquer que par une altération cachexique des vaisseaux, due à des causes encore inconnues. On voit, en effet, ce purpura se localiser en des points que la disposition anatomique de leurs vaisseaux ne paraît pas prédestiner à une plus grande gêne circulatoire. On ne peut pas invoquer, pour expliquer ce purpura, la théorie de "*pars minoris*

resistentiæ ». Quant au purpura rencontré sur la région moyenne des membres, au niveau des articulations, on peut expliquer sa plus grande abondance dans ces régions, non-seulement par la gêne circulatoire dont nous avons parlé, mais encore par une autre cause qui n'est, à vrai dire, qu'adjuvante.

Les régions du coude et du genou peuvent être considérées comme se trouvant à une distance moyenne entre le cœur et l'extrémité des membres. Le sang veineux, de retour de cette extrémité, est soumis à une pression qui va en diminuant jusqu'à l'oreillette droite. La pression sanguine est de 0° au niveau de cette oreillette, mais il n'en est pas de même de la vitesse dont ce sang veineux est animé.

L'aspiration exercée par la dilatation de l'oreillette en diastole sur le sang contenu dans les veines caves, détruit en partie la tendance à la stagnation qu'aurait ce sang à l'embouchure de ces veines. Considérons maintenant ce qui se passe dans la veine cave inférieure, par exemple. Tandis que la pression que possède encore le sang à l'extrémité du membre inférieur va en diminuant jusqu'à l'oreillette droite, l'aspiration faite par cette même oreillette va en diminuant du cœur à l'extrémité du membre. Nous sommes en présence de deux forces, qui s'ajoutent pour favoriser le retour du sang veineux, mais dont le centre d'action et le point de départ sont situés à des points extrêmes. En somme, c'est à la région moyenne de l'intervalle qui sépare ces deux points extrêmes, que nous trouvons réalisées les conditions les plus défavorables au cours du sang. C'est précisément le niveau de l'articulation du genou, que l'on peut regarder comme le lieu où la circulation sanguine est la plus lente.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des éruptions rhumatismales sera, pour nous, l'objet d'une étude limitée à la rougeur érythémateuse qui est le phénomène initial, d'une part, et à quelques variétés d'érythèmes et au purpura.

Envisagées à un point de vue général, et dans leurs caractères génériques les plus communs et les plus étendus, les éruptions cutanées du rhumatisme affectent le type érythémateux constituant une série très naturelle d'hyperhémies cutanées aiguës, que M. Hébra a désignées sous le terme commun d'érythème polymorphe ou multiforme, et qui comprend la plupart des arthritides pseudo-exanthématiques de Bazin. L'étude des formes diverses qu'affecte la série des variétés d'érythème en question montre bien les différences qui existent entre ses termes extrêmes. Mais ces différences paraîtront moins accentuées, si l'on considère la suite naturelle qui existe entre elles, depuis la simple rougeur érythémateuse, la simple roséole rhumatismale fugace, jusqu'aux papules volumineuses et au purpura hémorrhagique, en passant par les divers degrés que Bazin a décrit sous les noms suivants : *érythème scarlatiniforme (roséole rhumatique de Bateman et des anciens auteurs)*, généralisé ou partiel ; érythème simple ou papuleux, tuberculeux, œdémateux, marginé, circonscrit, discoïde, annulaire ; urticaire vrai et érythème ortié ; érythème hémorrhagique,

purpurique, en taches, en plaques, en anneaux ; purpura dans toutes ses formes ; accessoirement : érysipèle, herpès, zona.

D'après Bazin, la forme d'érythème spéciale au rhumatisme serait l'érythème papuleux ; mais il n'est pas le seul qui ait avancé cette opinion. Bouillaud signale, dans certains cas de rhumatisme fébrile, l'existence de taches cutanées, rouges et saillantes. Max Legrand et Duriau ont décrit, sous le nom de pélioïse rhumatismale, différentes variétés d'érythèmes, parmi lesquelles la variété désignée par Bazin sous le nom d'érythème papuleux.

Cependant nous devons mentionner l'opinion de M. Hardy, qui considère cet érythème papuleux, non pas comme l'accessoire, mais comme la maladie principale, dont le rhumatisme n'est qu'une complication.

Au point de vue anatomo-pathologique, le soin qu'ont apporté les auteurs dans la distinction de ces érythèmes, n'est pas de première importance ; car on peut rencontrer la même lésion dans l'érythème généralisé.

A un degré faible, et ne dépassant pas la rougeur de la peau, l'érythème rhumatismal est constitué simplement par une simple hyperhémie ; les vaisseaux sont distendus par le sang.

Cette congestion des vaisseaux du derme, et des anses vasculaires qui affleurent dans la peau à la partie supérieure de la couche de Malpighi, présente des degrés variables, depuis le rose pâle jusqu'au rouge vif. L'intensité de la coloration est, en somme, le reflet de l'intensité de la congestion. Cependant on ne peut pas affirmer le même rapport entre le degré d'hyperhémie cutanée et la fluxion articulaire.

Elles paraissent, au contraire, dans certains cas, être

en raison inverse, représentant une localisation du flux rhumatismal d'autant plus marquée sur un appareil, que ce flux épargne davantage les autres.

A un faible degré, les taches d'érythème sont de dimension variable, faisant peu ou point de saillie, d'une coloration rouge ou rosée, susceptible de disparaître momentanément par la pression et se terminant soit par résolution, soit par une très légère desquamation épidermique. Ces taches sont constituées tantôt par une simple hyperhémie cutanée, tantôt par un processus inflammatoire, de nature fibrineuse, occupant les mailles du tissu cellulaire péri-vasculaire et le calibre des vaisseaux capillaires eux-mêmes. Dans ces deux derniers cas, à la rougeur se joignent des papules, des vésicules, des pustules et même des bulles.

Le processus inflammatoire peut agir sur des portions de tissu de dimensions variables, et présenter des degrés dans son intensité, depuis le simple épaissement de la peau, jusqu'à son escharification. Il existe dans la science un cas (1) de rhumatisme articulaire généralisé aigu, compliqué d'ailleurs de phénomènes cérébraux, dans lequel la congestion péri-articulaire fut si violente, que la gangrène de la peau se produisit en plusieurs points.

La pathogénie de cette gangrène est la même que celle de la gangrène dans le phlegmon diffus.

Dans ce cas, la violence de l'inflammation est telle, que les lambeaux plus ou moins étendus de tissu conjonctif n'ont pas le temps de subir la résorption inflammatoire, comme dans le phlegmon circonscrit ; ils sont frappés de

(1) Thèse d'Archambault, 1854.

mort sur place, et ils agissent sur les parties voisines comme des corps étrangers.

Le purpura constitue une tout autre lésion. Il appartient à la variété des hémorrhagies qui n'ont pas pour cause une violence extérieure. Cependant on peut admettre que la congestion le précède quelquefois dans le point où il doit se produire. Nous avons développé cette question dans le chapitre précédent.

Le purpura rhumatismal est, au point de vue anatomique, identique au purpura simple. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, sa pathogénie est peut-être plus complexe, puisque nous avons donné comme une de ses causes, la congestion des petits vaisseaux péri-articulaires qui cherchent à rétablir la circulation entravée par l'exsudat inflammatoire épanché au sein du tissu cellulaire sous-cutané. De plus, on peut dire que dans une attaque, même violente de rhumatisme, le purpura, lorsqu'il se montre, n'atteint pas les proportions de certaines formes graves de purpura, portant à la fois sur la peau et sur les diverses muqueuses. Cette dernière espèce a été désignée sous le nom de *morbus maculosus hemorrhagicus*, maladie de Werlhof (1745). Elle est caractérisée par le développement de taches hémorrhagiques cutanées plus larges, plus profondes que celles du purpura simple, et surtout par l'existence simultanée d'hémorrhagies ayant lieu par diverses voies.

SYMPTOMATOLOGIE

Pour nous, les seules manifestations cutanées du rhumatisme sont : 1° l'érythème papuleux ; 2° l'érythème simple, constitué par de larges plaques rosées siégeant sur le tronc et sur les membres ; 3° enfin, le purpura rhumatismal.

Bien que l'érythème noueux ne rentre pas, selon nous, dans cette catégorie, nous tenons cependant à en donner la description, pour faire saisir la différence qui le sépare des troubles précédents.

1° *Erythème noueux*. — Le phénomène par lequel débute, dans bien des cas, l'érythème noueux, est la rougeur de la peau, rougeur accompagnée bientôt d'un épaissement à son niveau du tissu cellulaire sous-cutané. Cet épaissement, dû à un exsudat inflammatoire, donne au doigt, par places, la sensation de noyaux durs et comme cartilagineux. En nombre variable, et n'affectant pas un rapport constant avec le degré d'intensité de la fluxion articulaire, ces nodosités ne présentent pas une grande régularité dans leurs dispositions. Toutefois, ces éruptions ont pour lieu de prédilection les membres inférieurs.

Les plaques de l'érythème noueux peuvent être le siège d'une douleur spontanée ; à la pression, elles sont presque toujours douloureuses ; quelquefois cependant, elles sont indolores et ne traduisent leur existence que par les phénomènes généraux qui les accompagnent, et les saillies et la rougeur qu'elles déterminent à la peau.

On peut, en effet, voir simplement à l'œil que les nodosités érythémateuses forment à la surface cutanée un relief, dont la palpation permet de confirmer l'existence. Cette saillie paraît se prolonger jusque sous le derme, dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané, et forme ainsi de véritables nœuds ou tubercules, dont on peut constater la plus grande dureté au centre de la rougeur qui lui correspond sur la peau, sa consistance moins grande et s'effaçant même complètement à la périphérie de cette rougeur. Ces plaques se présentent en somme sous forme de tubercules assez larges, oblongs ou arrondis, et allongés dans le sens de la longueur des membres ; nous avons dit précédemment leur siège, nous allons parler de leurs symptômes généraux.

Pendant deux ou trois jours, le malade éprouve du malaise, de l'anorexie, un mouvement fébrile modéré, des picotements ou des démangeaisons sur les parties qui seront le siège de l'éruption. Les douleurs articulaires sont parfois très-vives ; leur fréquence dans l'érythème noueux est incontestable ; *elles ne s'accompagnent ni de rougeur ni de gonflement au niveau de la jointure*. Ces douleurs n'appartiennent pas en propre à la maladie, comme les arthrites de la blennorrhagie, de la pyohémie, etc.

Puis, sur les parties affectées de picotement ou de démangeaisons, on aperçoit des taches rouges, qui s'élargissent peu à peu et atteignent un diamètre variable, de quelques millimètres à quatre ou cinq centimètres, et même plus. Ces taches présentent souvent une forme ovale, dont le plus grand diamètre est parallèle à l'axe du membre. Elles offrent à leur centre une légère élévation ; elles sont remarquables par l'intensité de leur

coloration, qui est d'un rouge foncé et même violacé. Enfin, par le toucher on constate qu'elles reposent sur une induration qui a son siège dans le tissu cellulaire, et qu'elles sont douloureuses à la pression.

Lorsque l'éruption est accomplie, les phénomènes fébriles peuvent diminuer et disparaître complètement ; quelquefois, ils persistent pendant deux ou trois jours, en même temps que les douleurs. Ces douleurs se montrent très souvent dans la continuité des membres, et se traduisent surtout par un sentiment de courbature générale, en même temps que par des douleurs siégeant aux articulations.

Vers le septième ou huitième jour, on observe des changements remarquables dans les petites tumeurs érythémateuses. Celles-ci, qui semblaient tendre à la suppuration, diminuent et se ramollissent au point de donner la sensation de fluctuation obscure. Leur coloration rouge est remplacée par une teinte bleuâtre, qui revient par une dégradation insensible à la couleur normale de la peau, vers le quinzième jour environ. Cette régression de la congestion et de l'épanchement cutanés a lieu quelquefois avec une rapidité plus grande ; et, quatre ou cinq jours après la cessation des accidents fébriles, on a pu voir l'érythème nouveau représenté seulement par une très légère coloration violette de la peau, dernier vestige de l'éruption. Quant aux indurations, elles se sont ordinairement résorbées quelque temps avant le retour complet de la peau à sa teinte normale. S'il y a eu hémorrhagie interstitielle, la résorption est beaucoup plus lente.

2° *Erythème multiforme.* — *Erythème papuleux.* — Nous n'entrerons pas dans la description détaillée de

la marche de chacune des autres éruptions. Nous donnerons seulement la symptomatologie des principales. Hébra les a décrites sous le nom d'*Erythème polymorphe*. Le plus ordinairement, cet érythème est caractérisé par l'apparition simultanée en plusieurs endroits du corps, et particulièrement au dos des mains, aux poignets, aux cous-de-pieds et aux parties latérales du cou, de taches exanthématiques plus ou moins saillantes, d'une coloration rouge assez foncée, un peu vineuse. La pression du doigt fait disparaître ces taches, qui se présentent sous des formes assez variées, et justifient ainsi très-bien la dénomination générale sous laquelle Hébra les a réunies. Une des dispositions qu'elles affectent, est la suivante : on remarque un cercle rouge saillant, circonscrivant une surface circulaire de peau saine ; cette forme a été appelée *érythème circiné* ou *annulaire*. La disposition peut encore être différente : toute la surface de la tache est rouge, mais le niveau des bords est sur un plan plus élevé que le centre ; c'est l'*érythème marginé*.

Nous empruntons à M. Besnier (1) l'observation suivante qui, peut-être isolée, mérite cependant qu'on en fasse grand cas. D'ailleurs, cette observation, jointe à celle que M. le professeur Bernheim a bien voulu nous donner, nous fournit un tableau symptomatologique de la marche que peuvent avoir les éruptions rhumatismales.

« Au seizième jour d'un rhumatisme articulaire aigu intense, Rayet vit apparaître à la poitrine du malade quatre ou cinq plaques arrondies, bien circonscrites, d'un à deux pouces de diamètre, d'un rose pâle, ne disparais-

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Art. Rhumatisme.

sant pas complètement sous la pression du doigt; le centre de quelques plaques semble déprimé. Sur l'abdomen, existe une zone rougeâtre, festonnée, ondulée, qui s'étend obliquement de l'hypocondre gauche aux environs de l'épine iliaque antérieure et supérieure; sa partie inférieure est nettement limitée par un limbe blanchâtre, semblable à celui des plaques de la poitrine. Il n'en est pas de même de la partie supérieure, dont la couleur rosée diminue insensiblement et se fond dans la peau saine. Les festons de la partie inférieure sont d'une largeur inégale. La partie supérieure de la région lombaire offre quatre plaques semblables à celles de la poitrine; le reste du corps n'en offre point. La malade n'éprouve ni chaleur, ni prurit, ni douleur, dans les parties qui sont le siège de l'éruption; ce qui la distingue suffisamment de l'urticaire. Quatre jours après, en même temps que survenait une avant-dernière exacerbation articulaire, l'éruption commençait à s'affaïsser sur la poitrine. »

Dans la majorité des cas, les éruptions rhumatismales siègent plus particulièrement aux membres, aux jambes, à la face interne et antérieure des articulations, sur la peau qui recouvre la face interne des tibias, aux bras, au niveau du poignet et sur l'avant-bras. On les a observées aussi, mais bien plus rarement, à la face et aux cuisses. Jamais, dit M. le professeur Hardy (1), on n'en trouve sur le tronc. L'observation précédente, empruntée à l'article de M. Besnier, et l'observation que M. le professeur Bernheim nous a communi-

(1) *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*
Art. Érythème.

quée, nous font voir que ces éruptions, pour être fort rares sur le tronc, peuvent aussi s'y manifester.

Quelquefois, les taches sont plus saillantes, il semble qu'au lieu d'une tache exanthématique on ait un véritable tubercule, de forme arrondie ou allongée ; c'est l'érythème tuberculeux. Ou bien elles se disposent en longues bandes, droites ou sinueuses : c'est cette disposition que Hébra a désignée sous le nom d'*érythème gyaté*.

Enfin, dans un certain nombre de cas, la plaque d'érythème est pleine, faisant partout une saillie égale, à contours réguliers ou irréguliers, ne dépassant pas un demi-centimètre à deux centimètres, d'une rougeur foncée un peu violacée. C'est l'érythème papuleux véritable qui, à l'encontre de l'érythème noueux, se développe de préférence *sur les membres supérieurs*.

Dans l'érythème papuleux, comme d'ailleurs dans les autres éruptions rhumatismales, les symptômes généraux peuvent précéder l'éruption de quelques heures, et même d'un ou deux jours ; souvent la fièvre et les autres troubles généraux se développent en même temps que l'éruption. Dans d'autres cas, la maladie débute par une attaque franche de rhumatisme articulaire. Dans le cours de l'attaque, ou même dans son décours, peuvent apparaître successivement plusieurs formes d'éruptions.

Quoi qu'il en soit, on peut diviser artificiellement ces éruptions en trois classes : 1° celles qui précèdent l'attaque de rhumatisme ; 2° celles qui surviennent durant la période d'état ; 3° celles qui se montrent dans son décours. Et les observations recueillies jusqu'à ce jour ne permettent guère de définir exactement, pour chaque espèce d'éruption, la période à laquelle on peut

l'observer, ni si elles se montrent dans un ordre toujours le même, et avec des caractères invariables.

L'érythème papuleux, d'après M. Hardy, apparaît le plus souvent de quelques heures à quarante-huit heures, ou plus, après le premier trouble de santé générale.

3° *Purpura*. — Nous ne nous arrêterons pas sur l'histoire clinique du purpura rhumatismal; c'est un *purpura simplex*, qui n'emprunte au rhumatisme aucune physiologie spéciale.

L'étude du rhumatisme aigu montre que cette maladie affecte dans son début des modes très-variés, qui rendent parfois très délicat le diagnostic de la première heure, soit parce que les localisations articulaires ne sont pas encore accentuées, soit parce que le phénomène saillant de la maladie se développe sur un organe autre que l'appareil locomoteur.

Lorsque le rhumatisme affecte la forme éruptive, les symptômes articulaires peuvent être très peu accentués et ne présenter, cliniquement parlant, qu'un intérêt secondaire. C'est précisément dans ces cas qu'il conviendra de rapporter à sa véritable cause, l'éruption cutanée que l'on aura sous les yeux. Certes, les variété d'éruptions dont nous avons affirmé la relation avec le rhumatisme, se retrouvent dans beaucoup d'autres maladies, et n'ont rien de spécial à celle qui nous occupe; mais on admettra sans doute que l'étude de leur cause, leur diagnostic, présente un grand intérêt clinique.

PRONOSTIC

Le pronostic des éruptions cutanées rhumatismales doit être fait à deux points de vue : celui du rhumatisme en tant qu'affection générale et celui de la dermatopathie. En effet, nous avons vu que le rhumatisme n'influence pas d'une manière égale les divers appareils, dans lesquels il peut se localiser en tout ou en partie. Les symptômes articulaires ne sont pas corollaires des symptômes cutanés ou autre, et réciproquement. De l'intensité des uns, on ne peut pas induire l'intensité des autres. Il semblerait, au contraire, que dans certains cas il y ait comme une sorte de dérivation naturelle accentuée sur une partie de l'organisme, faite en somme aux dépens d'un appareil et au profit d'un autre. D'autre part, on peut observer des cas où les symptômes présentent une gravité à peu près égale du côté de l'appareil locomoteur ou d'un appareil viscéral.

Au point de vue du rhumatisme lui-même, le pronostic doit être l'objet d'une grande réserve. Il est, en effet, d'observation ancienne que, d'une manière générale, c'est chose absolument impossible que de savoir, au début d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, si la maladie sera bénigne ou maligne, longue, de courte durée, erratique ou localisée, simple ou compliquée ; et cela, non-seulement d'après la nature ou l'intensité de la cause, de la constitution du sujet, mais encore d'après

le mode de début des accidents, et même d'après la notion d'attaques antérieures, dont l'évolution est parfaitement connue. On peut dire que le rhumatisme présente une marche des plus capricieuses, et que, dans son pronostic, la plus grande réserve est imposée au médecin, tant pour l'irrégularité et l'imprévu de la période aiguë, que pour le pronostic des récidives ou du passage à l'état chronique de la maladie.

Néanmoins il est nécessaire de formuler, même à une époque peu avancée de la maladie, la somme des probabilités que comporte la question, et de se représenter exactement les éventualités du présent et de l'avenir, particulièrement sous le rapport de la gravité absolue, de la durée des localisations ou des complications qui peuvent intervenir, et des conséquences ultérieures qui peuvent résulter de la maladie.

Il peut être utile dans cette circonstance, surtout si la constitution médicale régnante présente un caractère de gravité particulière, de se rappeler l'influence que cette constitution peut avoir sur la gravité du rhumatisme. On a précisé à plusieurs reprises dans des observations sur les maladies régnantes, qu'en certaines périodes souvent assez prolongées, le rhumatisme articulaire aigu présente une mortalité, ou au contraire une absence de mortalité, très exceptionnelle. Parfois, la coïncidence d'une maladie épidémique vient aggraver le pronostic présumé. On conçoit, en effet, l'opportunité morbide dans laquelle se trouve un malade atteint d'une affection aussi débilitante que le rhumatisme. Et, si l'épidémie régnante appartient à la classe des fièvres exanthématiques, on voit de suite, surtout si l'on a affaire à un malade pré-disposé aux manifestations cutanées rhumatismales, on

voit, dis-je, dans quelles conditions défavorables se trouve ce malade. Rien ne s'oppose, en effet, à ce qu'une dermopathie hybride vienne témoigner des deux influences morbides sous lesquelles il se trouve.

D'une manière générale, la gravité absolue des éruptions rhumatismales est modérée, puisqu'elle se confond d'une part avec celle du rhumatisme, et que d'autre part, les symptômes généraux présentent, dans certains cas, une intensité moindre.

Cependant les complications viscérales accompagnent les formes éruptives du rhumatisme. Très-souvent, le purpura affecte une marche assez irrégulière.

Henri Rayer, dans ses excellents travaux sur les maladies de l'enfance relativement à la marche des symptômes généraux, s'exprime ainsi : « Lorsque, chez l'adulte « rhumatisant, la fièvre est tombée, lorsque les douleurs « et le gonflement des jointures ont disparu, la prognose « devient presque certainement favorable ; la récurrence ou « les complications cardiaques sont de moins en moins à « craindre. La convalescence et la guérison se touchent, « etc..... »

Quoi qu'il en soit, notre Observation I nous montre un bel exemple d'affection rhumatismale, accompagnée d'une éruption exanthématique généralisée, où cependant se sont manifestées les complications les plus graves et les plus réitérées.

Quant à la dermopathie en elle-même, considérée au point de vue de la pathologie purement cutanée, nous affirmons la même bénignité de son pronostic.

L'exsudat érythémateux et le purpura persistent quelquefois durant plusieurs semaines ; mais on peut considérer leur guérison complète comme certaine. Sur le

même malade, on peut rencontrer des traces de différentes nuances, intermédiaires entre la couleur rouge vif de l'épanchement sanguin récent et les teintes plus pâles appartenant aux périodes terminales de la résorption. Mais un fait certain, c'est qu'au bout d'un temps variable les points qui ont été le siège de l'exsudat fibreux, et même sanguin, deviennent le siège d'une résorption totale, qui assure au malade la disparition complète de toute trace de l'éruption.

CONCLUSIONS.

I. Le rhumatisme articulaire peut affecter des organes autres que ceux qui constituent l'appareil locomoteur, en particulier le tégument externe, où il donne lieu à des éruptions variées, érythème multiforme, purpura, etc.

II. La prédilection des affections rhumatismales cutanées pour les régions voisines des articulations, s'explique, entre autres raisons, par la gêne circulatoire dont la peau de ces parties est le siège. Quant aux autres régions du corps, le mécanisme est encore inconnu.

III. D'après notre observation, la présence d'une éruption cutanée ne modifie pas sensiblement la marche de la maladie. On peut observer simultanément des localisations du rhumatisme dans les viscères (poumon, cœur, estomac, etc.).

IV. L'érythème noueux n'est pas une manifestation du rhumatisme ; mais il paraît être une fièvre essentielle, analogue aux fièvres éruptives.

Vu :

Nancy, le 24 octobre 1883.

Le Président de la thèse,

BERNHEIM.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 25 octobre 1883.

Le Recteur,

M. MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Antimoine et ses composés. — Recherches toxicologiques.
- 2° PHYSIQUE. — Travail de l'homme et des moteurs animés.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — De la digénèse métagène ou génération alternante. — Animaux et végétaux soumis à la digénèse.
- 4° ANATOMIE. — Des veines jugulaires.
- 5° HISTOLOGIE. — Du tissu conjonctif.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Physiologie de la circulation cérébrale.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Fracture de la clavicule.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des complications de la blennorrhagie.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De la cirrhose.
- 10° THÉRAPEUTIQUE. — Des hémostatiques.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Ligature de la vertébrale.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Quest-ce qu'il faut entendre par *état puerpéral* ?
- 13° HYGIÈNE. — Hygiène des ouvriers des usines à gaz.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — Identité. — Questions à résoudre à l'occasion de découverte d'ossements.

